AYDIN FEN LİSESİ
YATILI ÖĞRENCİ SAĞLIK KARTI

Adı ve Soyadı :……

TC Kimlik No :……

Sınıfı ve Okul No :……

Kan Grubu :…….

İlaç Alerjisi :…….

Kronik Rahatsızlık :……..

Ev Adresi :…….

……...

MUAYENE TARİHİ	TEŞHİS	TEDAVİ – DR. İMZA VE KAŞE

MUAYENE TARİHİ	TEŞHİS	TEDAVİ – DR. İMZA VE KAŞE